

日本における死の看取りの歴史と現代のターミナルケア

大 西 奈 保 子

はじめに

現代日本社会は“健康”が氾濫し、それを追及する時代でもある。この『健康病』といわれる現象は永遠に健康でありたいという欲望であり、それは“健康の時代”を反映しているようであるが、“健康の時代”を反映してはいない。むしろ“健康におびえている時代”(立川 1988)であるとも言われている。Ilich (1979) は、医療機関による診断と治療の独占の結果として、人々は自分たちの感覚を知るためにそれを医師から学ぶようになり、ますます医師たちは患者という者を本人の自覚とは無関係につくりあげていくようになった。つまり、現代人の身体感覚をも医療の枠組みでしか知覚できなくなってきたことを指摘し、このような医療化の問題は患者の苦しむ技術を損なったり、むしろむしばんだり、または死にゆく技術を損なってしまうていることを指摘している。

日本の死の看取りの歴史においても、死は医療の管轄分野ではなく、来世を見越し魂の救済を保障した宗教の問題であった。そして、医学の父と呼ばれたヒポクラテスも、日本の近代以前の医療においても自然治癒力をもっとも重んじ、その自然治癒力を高めるのが医術と考えてきた。しかし、さまざまな文明病・医原病・そして植物人間や末期がん患者の安楽死など、いずれも現代医療の思想と構造が生んだものにほかならない(立川 1995) のであり、医療化された現代社会においては、終末期になったとき延命治療をいつ中止するのか、いかに苦痛のない死を迎えるのか、臓器移植を承諾するのかなどが話題にされ関心ごととされきわめて身体的な死(波平 2003)となり、医療化される前までの社会において関心ごとであった死後の世界の存在や死後の靈魂の行方や死に際の魂の救済や安らぎといったことではなくなっていくたのである。このように現代の日本人の関心ごとである死は、多くの場合、死に至るまでのプロセスとその直後における遺体の処理をめぐる身体的な問題に変化し、医療の枠組みで死を捉えることにつながっていくたのである。

また、西欧社会の人々の死に対する態度を歴史的にたどった Aries (1983) は、今まで身近であった死が現代社会においてはタブーの対象になったことを指摘している。そして、死がタブーとなった原因を現代医療との関連で説明している。つまり、医療技術の発達により、病院で亡くなる人の数が増加し臨終まで医療がかかわるようになり、それまでの生活の中で捉えられてきた死が医療の中でしか捉えられなくなったのである。日本の終末期看護の歴史でも臨終に医療(医師)がかかわる(立ち会う)ようになってきたのは明治以降のことであり、完全に死が人々の生活から離れ、医療の対象となったのは病院死が圧倒的多数を占めるようになったここ数十年の出来事である(新村 1989, 1991)。そして、医療の対象になった死はタブー視されるようになり、死

は医療の敗北と捉えられることとなったのである。現代医療は病気の征服と生命の延長に大きく貢献してきたが、長い歴史の中で培ってきた生と死のかたちを機械に囲まれた孤独の死やマニュアル化された死というような非人間的なかたちに変えてしまったのも事実である。そのような非人間的な生と死の様相に疑問を抱き、人間的な生と死を取り戻そうとする動きが現代ホスピス運動に発展していったのである（円山 1991）。

このように現代医療の中で死がタブー視されるようになり、末期患者に対して十分な対応を期待されている医師や看護師が当り障りのない天候の話しかできなかつたり、患者が深刻な話をしてくると話題をそらしたり逃げたりすることが少なくないと言われている。つまり、医療従事者の多くは末期患者にどう接していいのか苦慮しているのが現実である。平山（1991）は、医療従事者が末期患者と会話を交わすことを避けようとするのは、彼らが患者の身体管理に忙しく、精神的な問題にかかわっている余裕がないためであると従来考えられていたが、彼らがそのような態度をとるのは多忙のためだけではないと述べている。つまり、医療従事者の中にある死に対する恐怖や不安感、そして、ターミナルケア自体の根拠のなさがそのような態度をとらせる原因の一つであると考えられるのである。

そこで本稿では、歴史から宗教と医療がどのように死の看取りを行なってきたのかについて概略し、歴史的に人々が死への不安や恐怖を和らげてきた知恵が現代のターミナルケアを実践している医療従事者、特に看護師の態度にどのように生かされているのか、または生かしていくべきなのかについて考察していく。

I. 日本における宗教と医療の臨終看護

日本の看取りの歴史は『緩和ケアの歴史』（感性福祉研究所年報 2007 年）に詳述した。すなわち、日本の看取りの歴史では、985 年に源信によって書かれた『往生要集』の一説に死にゆくものを「無常院」に集め、僧や信仰を同じくする仲間が集い安らかな死をむかえさせるように援助したと記されており、これが日本初のホスピスといわれている。そこでの人々は臨終時をいかに心乱れず、正念にて念仏を唱え、仏の慈悲を得るかという死の一点のために心を砕き、終末期にある病人の身と心の両面にわたる看護を注意深く行なっていた。これらの仏教の死の看取りの作法は、近世仏教における死の看取りにそれらの多くの部分を継承しており、病人一人ひとりの個性を捨象した統一的なケアが論じられている。つまり、臨終行儀を行なう無常院は日常的な親しみ深い世界から隔離された所であり、生を忘れさせ安らかな死を迎える場であり、無常院は生を徹底して諦めさせる所であったという（新村 1992）。

また、日本におけるキリスト教徒の死の看取りは、1593 年、天草で出版された『病者を扶くる心得』^{たす}に切支丹が臨終時においてとるべき行動に関して詳述されている。新村（1992）によると、切支丹はミゼリコルジャン（Misericordia）、すなわち「慈悲の組」を組織しており、布教の及ん

だ地において組織された日本のミゼリコルジヤは、ホスピスを支えるボランティア組織というべきものであり、地域の貧病人の救済にあたる福祉委員の役割を担うものであった。しかし、切支丹として第一にかかわるべきことは、病人、特に間もなく死を迎えようとしている病人に対して、カトリックが命じるところの死の作法をできるだけ忠実に行なうことであった。具体的な臨終の作法としては、聖体拝領によって病人の魂を神の意志にゆだね、終油の秘跡によって死の不安を取り除き、告解における不足を補い、未告白の部分に対する罪の許しを願い、執り成しの祈りによって慰めを与え、死後においては葬儀に必要な物的な援助と死者のための祈り、追悼ミサの執行、そして死者の家族を訪れ、彼らを慰めることであった。ここには死を皆で抱え込み、互いに慰めあうことによって死の不安を取り除き、たとえ不十分な医療環境であっても、病人は安らかな死を迎えることができたのである。それと同時に、貧病人や信仰の仲間の死を看取り、その葬儀にかかわることを通じて死の意味を学んだのである。

このように日本における死の看取りは、源信をはじめとした仏教やキリスト教の臨終行儀は「看取られる死を理想」とするものであり、このことは今日のホスピスをはじめとした末期医療においても強調されている。違いがあるとすれば、仏教の臨終行儀は、生を徹底して諦めさせるために家族の情はその障害となると考え、家族に対するケアには言及されていないことであるのに対して、切支丹のミゼリコルジヤンは、前記したように死にあたっては家族を慰め助け、葬儀に必要なものを与えて葬儀を行なわせ、葬列に加わり、死者のために祈りを捧げ、後日、死者の追悼を行なったのである（新村 1992）。

以上述べたように、日本の死の看取りの歴史は宗教と非常に深い関係があったが、現代のように医療従事者が死の看取りまで行なうようになったのは明治以降だといわれている。それまでは死にあずからない医療が支配的であり、その医療風土を支えていたのが、死んだ年齢をもって天命・定命と考えるあきらめの観念と医療の限界をわきまえた医療への接し方があったと指摘されている（新村 2000）。それが明治7年にはじまった医師唯一絶対の死亡診断制度により、家族らによる死後処置なども医師の「検定」を受けた後にとりかかるものとなり、死の看取りの状況が変化していったのである。さらに、家から病院へと移行した人々の死に場所の変化が、医療従事者が死の看取りを取り仕切る状況に輪をかけ、死の医療化を促進したと言える。

II. 現代看護師のターミナルケアの実際との比較

死を前にした病人は、仏教徒の場合、浄土へ往生するために念仏を唱えさせ、仏像を拜ませることで死の恐れを取り除き、キリスト教徒の場合は終油の秘跡を行なうことによって、病人は病苦に耐える力を与えられ、未だゆるされていない罪をゆるされ、死および死後の審判に対する恐れが取り除かれるのである。現在の終末期医療・看護では、基本的にはこうした信仰をかいしたケアが成立せず、死を前にした病人に対して死に対する不安や恐怖を取り除く術を持ち合わせて

いない(新村1992)。

しかし、今回の看護師へのインタビューの中で語られているケアの中には、結果として、看護師の行なったケアが患者の死への不安や恐怖を取り除いているものや、末期患者の接し方に時代を超えた共通点があることが看護師の語りから明らかとなった。この論文で使用している看護師の語りは、病院や在宅医療において終末期医療に携わっている現役の看護師に心に残っているターミナルケアの経験についてインタビューをした内容をもとにしている。その結果、看護師の語りは多岐にわたったが、今回の報告では、痛みのケア、怒りへのケア、看取られる死、家族ケア、看取りの中の人間関係という要素について語った看護師10名を対象として、臨終看護の歴史と現代の看護師が実践するターミナルケアの実際との比較を行なった。

インタビューは研究の主旨に賛同した看護師に、研究協力の同意の撤回とインタビューの中断の権利の保障、匿名性の保持、目的以外にデータを使用しないこと、研究協力者の実践を評価するものではないことなどを口頭と文章にて説明し、同意を得た後に実施した。インタビュー内容は許可を取り録音し、逐語化する際に個人が特定されないように固有名詞等は他の記号や言葉に置き換え表示した。

さらに論文中の看護師の語りはできるだけ語られたままの状態に記載しているが、内容がわかりづらいところ等には言葉を補ったりしており、斜体の下線で明記している。

1. 痛みのケア

現在の緩和ケアやホスピスケアにおいて痛みの緩和は重要なものだと考えている。痛みには身体的なものだけではなく、精神的なもの、社会的なもの、スピリチュアル(実存・霊)的なものが含まれ、それらの痛みの緩和を看護師は心がけていた。身体的な痛みの緩和の例として看護師は次のように述べている。

「痛みに関しても動くと痛い、(薬で) すっきり取り切るのはちょっと難しい、あとは痛みがあまりでないような動き方をリハビリの人に相談して考えていきたいと思いますとか、一緒に考えていこうっていうふうに接していきました。」看護師A(20代、経験年数3年、内科病棟)

この語りに代表するように、看護師はまずは身体的な苦痛を取るために患者本人と痛みについて話し合って治療方針を決めたり、その患者の意向を医療従事者間に働きかけ、必要な処置を試みたりして、身体的苦痛の緩和に努めており、身体的な苦痛を取ることを重要視していた。

新村(1989)は、中世日本において人々は臨終時に延命のためではなく、安らかな死を迎えるために積極的に医薬を用いていたと述べている。つまり、中世から近世にかけての日本の臨終行儀は、浄土に往生するというために死の瞬間のあり方が重視され、臨終正念、つまり、心身の錯乱を防ぎ、他に思いを馳せることなく、阿弥陀仏に心を集中させることが強調され、そのための医薬の使用は容認していたのである。現在は、臨終正念という目的のためではないが、人は痛み

に苦しんでいる時、昼夜を問わず痛みのことしか考えられなくなり、残していく家族のことや今までの自己の人生を振り返る余裕などなくなってしまうものであるから、痛みのコントロール、今では痛みだけではなく、終末期に出現する倦怠感や嘔気、呼吸苦などの症状の緩和に力を注いでいる。そして、そのような痛みのコントロールを含む症状緩和は、看取られるものだけではなく、彼らを看取る者たちの死への恐怖や不安を和らげる作用もあると考えられる。つまり、自らも死にゆくときに痛みがコントロールされずにもがき苦しむのではないかと考えることは死への不安や恐怖を高めることになるのであり、ケアしている末期患者の痛みがコントロールをされて安らかである姿をみることによって、そのような死への不安や恐怖を軽減させるのではないかと考えられるからである。

2. 怒りへのケア

また、時代を超えた臨終看護として、鎌倉中期の浄土宗の良忠が著した『看病用心鈔』の中には、「病人は意のままにならないことから、腹を立てることがあっても、看護人は大慈悲をもってよく耐えなさい。意にかなわないことがあっても、これは「穢土のならひと思召」して恨むことなく、腹を立てることは「正念を失ふ基」であるから、よく慎まなければならない。」(新村 1989, pp.238-239) とあるが、看護師のインタビューの中で「最後辛くなって、あたり散らしてしまいたけれど、それは身体が辛いからそうさせているだけで、本当の A さん(患者さん)の姿ではない、A さんはそういう正直な人だって思って、(中略) 病気がそうさせているって思ったのが大きい。」看護師 B (30 代、経験年数 9 年、内科病棟) と語っており、現代のターミナルケアの中でも患者の怒りに対してその怒りが自分に向けられていると一方的に捉えようとしていない。これは鎌倉時代の良忠の教えが生かされていると言える。さらに患者の怒りについて、1960 年代の欧米で末期患者の心理を調査した Kubler-Ross (2001, p. 94) においても「患者の怒りが理解できるものであろうと不合理なものであろうと、私たちがそれを容認していくことが大切なのだ」と述べている。つまり、医療従事者が末期患者の怒りを彼ら個人に向けられていると思ってしまうところに悲劇があり、その怒りは決して彼ら個人に向かっているのではないということを理解することが必要であると述べているのであり、末期患者の怒りの理解と対応に時代の違いだけではなく、文化の違いも乗り越えた共通したケアの基本であると言える。

3. 看取られる死

仏教の臨終行儀でもキリスト教のホスピスケアでも看取られる死を理想としており、それは現代の緩和ケア、ターミナルケアに引き継がれている考え方である。つまり、それぞれの宗教が説く、看取る側、看取られる側の共通した来世への期待だけが死への不安や恐怖を和らげるのではなく、他者との積極的な関わりの中で生き、死に臨めるように援助することが死への不安や恐怖を和らげることになるのである。これはホスピスや緩和ケア病棟などで、孤独のうちに死ぬとい

うことを避け、家族、もしくは彼らに代わる人たちに見守られて死ぬということに焦点をおいてケアしているというところにも引き継がれている考え方である。

具体的な看護師のインタビューの中でも、「1人じゃあないんだよっていうのを、感じさせてあげたいなっていうのは思う。孤独になった時が一番恐怖だろうなって思うから。」看護師 C (30代, 経験年数 10 年, 内科病棟) というように看護師は患者を孤独にさせないことが大切であるということを語り、「家族がそういう状況 (臨終場面) の時にいれるっていうのも大切だと思ってるから。」看護師 D (40 代, 臨床経験 10 年, 内科病棟) というように患者が孤独のうちに死亡することがないように家族を臨終に間に合わせようと努力していたりする。これらの看護師の患者に対するケアは、他者との積極的な関わりが死にゆく者、そして、彼らを看取る者にとってその死が安らかになると考えているからこそ、そのような態度になるのだらうと考えられる。

4. 家族ケア

一方、新村 (1992) によると仏教の臨終行儀には今日のターミナルケアに重要とされている家族に対するケアについては言及されていない。つまり、家族の情は生を徹底的に諦めさせる仏教の臨終行儀には障害になると考えられてきたことが家族に対するケアが抜け落ちていたことと関係しているとも考えられる。しかし、死の苦しみを味わうのは死にゆく本人だけではないことは自明のこととして、現在は家族ケアをターミナルケアの大きな柱の一つとしているのである。反対に切支丹の場合は、死にあたっては家族を慰め助け、葬儀に必要なものを与えて葬儀を行なわせ、葬列に加わり、死者のために祈りを捧げ、後日、死者の追悼を行なったというように、現代ホスピスケアのいうところによる家族ケアが実践されていたのである。このような違いを生み出す背景には、仏教の臨終看護では徹底的に生を諦めさせることが臨死患者への死の恐怖を和らげるのだとするのに対して、キリスト教の臨終看護は生を充実させるというところにより焦点をあてて臨死患者の死への不安や恐怖を取り除こうとしていたとも考えられる。

実際の語りの中で看護師は、家族に対するケアとして「臨終に間に合わせる」ように早めに家族に連絡を取ったり、「近いことを、具体的に呼吸だとか、血圧だとかは常に教えてあげるようにしている。厳しい時期になっているって」看護師 D (40 代, 経験年数 10 年, 内科病棟) というように「身体的変化を教える」ことによって、「言葉がけもしながら少しずつ心の準備をさせて」看護師 E (40 代, 経験年数 20 年, 訪問看護) いくうちに、「もう本当に死んでいくんだっていうのがわかっていて」看護師 F (40 代, 経験年数 20 年, 内科病棟) そして、看取る覚悟ができるのだと考えられる。

また、「亡くなるときの写真だとか、着る物とか、いろいろ心の準備もあるから、少しずつそういうのはしていくんだけれどもね、息が止まったらここに電話すればいいとかさ」看護師 E (40 代, 経験年数 20 年, 訪問看護) というように「臨終に必要な事柄を教える」ことをし、「最後に抱いて冷たいっていう感触が、私 (母親) にはあるから、死んだっていうのが少しわかる気が

するって」看護師 G (30 代, 経験年数 12 年, NICU) というように肌で冷たくなるのを感じられるように「家族に患者の死を感じさせる」といった患者を看取るために覚悟を促す働きかけを行っている。このようなケアによって家族が患者を看取ることへの不安や恐怖を和らげ、家族に死を看取る覚悟ができるのだと考えられる。そして、そのような患者・家族, 双方にとって安らかな死を看護師が看まもることによって, 結果として看護師自身の死への恐怖や不安感を軽減することにつながるとも考えられるのである。

そして, ここで述べている「家族に看取するために覚悟を促すケア」とは, 前述したように逆を言えば, 「家族に患者の生を諦めさせるケア」にもつながるのである。つまり, 現代の看護師の行なっている家族ケアは患者・家族ともに生を充実させるケアでありながら, 同時に生を諦めさせるケアを行なっているとも言えるのである。これらの家族に対するケアは, 生を充実させる・諦めさせるのどちらにせよ, 患者を看取するという家族の苦悩を和らげ, 同時に患者自身の死への恐怖や不安を和らげることにもつながっていくのである。そのようなことから, 徹底して生を諦めさせるために家族の情を排除した仏教の臨終看護と患者の生を充実させるために家族にケアを行なったキリスト教の臨終看護の理念は一見すると, 生を諦めさせるケアと生を充実させるケアとるように相反するように見えるが, それらは実のところ表裏の関係であり, どちらも必要なケアの視点であると言える。ただ, 前述したように, 現代ホスピスの理念からは, 生を充実させるケアが表面に出やすいのであって, その裏にはこの世の生を諦めさせるケアも含まれているのである。

5. 死の看取りの中の人間関係

また, 他者との関わりでは, 患者と家族とのかかわりを促進させるように援助することが, 看護師にとって自身の死に対する不安や恐怖を和らげるだけではなく, 看護師と患者・家族との関わりによって看護師が癒されたり力を与えられたりして, 結果として自身の死に対する不安や恐怖を和らげることがある。「最期亡くなる数日まえに, ありがとうって言ってくれて。一番話したねって言われて, 他愛も無い, テレビが好きだったからそんな話しばっかりだったけど, 最期, あなたといろいろ話しをしたねって言われて。(中略) 私も (そういう場面に出会えて) よかったなって思って。忘れられない。それからターミナルの人を受け持ちたいって思って。」看護師 H (20 代, 経験年数 1 年半, 内科病棟) といった語りや, 「(その患者が) 亡くなるときに, あんた, あの時よく辛抱したねって言ってくれたの。私, それを聞いて本当に涙が出ちゃって。(中略) 誰かしら見ていたりだとか, 一人くらいはね, 応援してくれたりするとさ, みんなに迷惑をかけながらも, 助けられて, 結局は, 続いているみたいな。患者さんで, やられ, 患者さんで, 慰められる。本当に慰められる。」看護師 I (30 代, 経験年数 15 年, 内科病棟) という語りや 「後から語れば, ああいい仕事をしたなって, 自己満足にも浸れるけど, その時期はいっぱい, いっぱいだよね。確かに疲れるよね。でも, 終わってみれば, 本当に残るものはこっちも,

大きいよね。結びつきも大きくなるね。こっちと、家族の。もう、不思議な関係だね。戦友
じゃあないけど、だから、そういう関わり、結びつきが、こっちも癒されるところがあるよね。
(自分が訪問に行くのを) 待っていてくれて」看護師 J(30代, 経験年数6年半, 訪問看護) といっ
た語りに代表されるように、患者や家族からの感謝や思いやりの言葉は看護師に対して、ターミ
ナルケアに携わることの不安を和らげたり、やりきれない気持ちに慰めを与えたりする。このよう
な看取る者と看取られる者との関わりによって看護師が癒されたり力を与えられたりして、自身
の死に対する不安や恐怖を和らげる要因になるのである。このような関わりによる双方の癒しの
関係は、看取られる死を重視した仏教の臨終看護やキリスト教のホスピスケアの実践の中で自然
と得られてきたことだと想像できる。このように看取られる死は、死にゆく者に慰めを与える一
方、看取る側にも同様に慰めを与え、死に対する不安や恐怖を緩和する働きを持つと考えられる。

6. 援助者の考える「よい看取り」

以上のように、現代の看護師たちに引き継がれている臨終看護の視点として、苦痛を緩和する
こと、患者の怒りの受け止め方、他者との積極的な関わりが挙げられる。他者との関わりとは、患
者と家族との関係を促進させるような家族ケアや、看護師自身が患者・家族との関わりによって
彼らを慰めたり癒したりするだけではなく、看護師自身も関係性の中で慰められたり癒されたり
する。これらの看護の視点は、たとえ看取る者と看取られる者とが共通した来世を含む死生観が
なくともお互いの死への恐怖や不安を和らげてくれる効果があると考えられる。

吉田(1999)は、ホスピスに勤務する看護師の死生観を調査した結果、看護師自らが理想とす
る「よい看取り」とは、身体症状がコントロールされた死までの過程/穏やかな死に際、死までの
過程を有意義に過ごした死、臨終に家族に見守られた死、家族が納得する死の4つの要因をあ
げている。そして、その「よい看取り」になるように看護師は無意識的に患者に期待していたとい
うことを指摘している。今回の看護師のインタビューの中でも、看護師は痛みのコントロールを
重視していたし、患者や家族の希望や意向を引き出したり、かなえたり、家族に看取られるとい
うことを含め、他者との関わりを充実させることに力を注いだり、家族が患者を看取れるように
覚悟を促すケアを行っていた。吉田が指摘している看護師が理想とする「よい看取り」を今回
のインタビューにおいても看護師たちは目指し実践していたのである。しかし、吉田が指摘する
「よい看取り」とは、実は死の恐怖や不安を和らげ、死を受け入れやすくする様々な先人たちの知
恵でもあり、それらは現代の医療の中で行なわれている看護にも適用されていたのである。つま
り、看護師が望む方向に終末期看護が設定されていないかという吉田の指摘は、現在、行なわれ
ている終末期看護という現象だけみれば、そのような指摘は妥当であるかもしれないが、歴史的
にみると、必ずしもそうとも言えないのである。すなわち、ここで明らかになったように、現在
行なわれている終末期看護の一部は、日本の中世時代から引き継がれた仏教の臨終看護の知恵で
あり、切支丹が実践してきた終末期看護が含まれているのであって、現代の看護師が独自で築き

上げてきた「よい看取り」という価値観ではないのである。

前述したように歴史から死の看取りをみていくと、そこには看取る者、看取られる者の共通した来世を伴う死生観が存在しており、現在、注目されているスピリチュアルケアを宗教的ケアと訳すのであれば、そこにはスピリチュアルケアが存在していたのである。つまり、仏教の臨終看護の場合、浄土に往生するという目的のために身体的ケアを含めた看護がされていたのであり、そこで行なわれている身体的ケアでさえ、スピリチュアルケアということが言える。また、浄土に往生するという目的を看護人と病人が共有することによって、死への不安や恐怖感を和らげてきたのだから、スピリチュアルケアとは死への不安や恐怖を和らげるケアだということも言える。そして、看取る側、看取られる側、双方に共通した来世観を持っているわけではないが、仏教の臨終行儀やキリスト教のホスピスケアで実践されてきた“看取られる死”を現代の看護師も引き続き実践している。それは患者と家族、または彼らと看護師といったように、他者との関わりによって双方の死への恐怖や不安を軽減しているのである。つまり、現代の看護師たちが行なう臨終看護の中には、看取る側、看取られる側の関係、“看取られる死の実践”の中にスピリチュアルケアが含まれているということが言える。

しかし、インタビューをしてくれた看護師のすべてがこのような先人たちの知恵を活用していたわけではなく、そのような臨終看護の知恵を活用していた看護師も、自らが実践していたケアが、患者や家族、そしてケアしている看護師自らの死への不安や恐怖を和らげる働きがあるということを理解して実践していたとはいいがたい。

現在、医療や看護ではEBM (Evidence Based Medicine)、EBN (Evidence Based Nursing) といったように根拠に基づいた医療や看護が求められている。もし、前述したケアが長い人類の歴史の中で培われてきた知恵であることに看護師が気付くことができたなら、自信をもって積極的にターミナルケアを行なうことができたり、他者にも自信を持って伝えることができたりすると考えられる。看護師が末期患者に接することに不安があるのは、自らの死への不安と実践しているケアが正しいのかどうかという答えがわからないからだと考えられる。このようなことから看護師が先人たちの知恵(知識)を学ぶことは、臨終看護の根拠を歴史から得ることであり、それが看護師の不安を和らげることになり、患者から死にまつわる言葉や態度が示されても「逃げず」にケアのためにかかわり続けられる態度を育成することにつながると考えられる。

おわりに

死を敗北とみなして発展してきた医療の中で働く看護師たちは、患者から死にまつわる言葉や態度が示されると行為的にも心理的にも彼らを避けてしまう場合が少なくない。特に臨床経験の浅い看護師たちにその傾向が強く現れる。しかし、ターミナルケアに携わる看護師に求められる態度とは、患者から死にまつわる言葉や態度が示されても心理的にも行為的にも看護のために彼

らのそばに居続けられる態度である。

そのような態度がとれるようになるためには、死に対する不安を軽減することである。その死に対する不安を軽減させる手段の一つとして知識を得ること、つまり先人たちが長い歴史の中でどのように死や死にゆくことに対応してきたのかという知恵を学ぶことが重要である。今後、看護教育、卒後教育の中でもこうした視点からの学習をすすめていくが必要になると考えられる。

文 献

- 大西奈保子 (2007) 「緩和ケアの歴史～死の看取りと医療のかかわりを中心として」『感性福祉研究所年報』8.
- 新村 拓 (1989) 『死と病と看護の社会史』法政大学出版局.
- 新村 拓 (1991) 『老いと看取りの社会史』法政大学出版局.
- 新村 拓 (1992) 『ホスピスと老人介護の歴史』法政大学出版局.
- 新村 拓 (2000) 「医療史のなかの安楽死・尊厳死」宮田 登, 新谷尚紀編『往生考』小学館, pp. 159-173.
- 立川昭二 (1988) 『見える死, 見えない死』筑摩書房.
- 立川昭二 (1995) 『神の手, 人の手～逆光の医学史』人文書院.
- 波平恵美子 (2003) 「死と葬送」新谷尚紀, 波平恵美子, 湯川洋司 (編) 『暮らしの中の民俗学 3・一生』吉川弘文館.
- 平山正実 (1991) 『死生学とはなにか』日本評論社, pp. 292-307.
- 円山誓信 (1991) 「ホスピスの歴史」中川米造 (監修) 『宗教学と医療』弘文堂.
- 吉田みつ子 (1999) 「ホスピスにおける看護婦の「死」観に関する研究 “良い看取り” をめぐって」『日本看護科学会誌』19(1).
- Aries, Philippe. (1983) 伊藤晃/成瀬駒男訳『死と歴史, 西欧中世から現代へ』みすず書房.
- Ilich, Ivan. (1979) 金子嗣郎訳『脱病院化社会～医療の限界』晶文社.
- Kubler-Ross, Elisabeth. (2001) 鈴木晶訳『死ぬ瞬間～死とその過程について』中公文庫.